Opłata pocztowa uiszczana ryczałtem

№ 7. *Warszawa, Lipiec 1927 r.* Rok XXIII.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Rekurs administracyjny.

Ze względu na ciągłą styczność felczerów z zarządzeniami władz oraz konieczność odwoływania się od decyzji władz I-ej instancji do II-ej i III-ej podajemy dziś w najogólniejszym zarysie przepisy prawne, dotyczące t. zw. rekursu administracyjnego.

Nadzór nad osobami, pełniącemi czynności felczerskie, sprawują: w I-ej instancji — starosta (lekarz powiatowy), w II-ej instancji — wojewoda (wydział zdrowia), w III-ej instancji — Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia).

Ponieważ wystawieni jesteśmy na ciągłe próby ograniczania naszych uprawnień bez żadnej ku temu podstawy prawnej przez władze I-ej instancji należy się od każdej decyzji starosty odwoływać do wojewody, zawiadamiając natychmiast o tem Związek. Odwoływać się należy, by nie omieszkać terminu. Czas w ten sposób zyskany zużytkować na zasięgnięcie porady ze Związku.

Wprawdzie każda decyzja starosty powinna być w swym końcowym ustępie zaopatrzona w t. zw. pouczenie prawne, to jest w poinformowanie jakie dotkniętemu nią obywatelowi przysługują dalsze środki prawne (obrona), ponieważ jednak władze decyzje swe niezawsze zaopatrują w te pouczenia, my ze swej strony przedstawiamy poniżej zasady rekursu administracyjnego.

Rekurs wnosi się w ciągu dni 14 od dnia doręczenia orzeczenia lub zarządzenia za pośrednictwem władzy, która je w II-ej instancji wydała. Dnia doręczenia nie wlicza się do biegu terminu.

W tym przepisie mamy dwie ważne rzeczy: dokąd należy wnieść rekurs i jak się oblicza ten termin 14-dniowy.

Co do pierwszego brzmienie przepisu jest jasne: rekurs należy złożyć tej władzy, której zarządzenie skarżymy. Jeżeli skarżymy decyzję starosty, to rekurs należy złożyć do starostwa; jeżeli skarżymy decyzję wojewody, to rekurs należy złożyć do województwa.

O wiele ważniejsza jest sprawa obliczania terminu 14-o dniowego. Ustawa powiada, że termin ten oblicza się od dnia doręczenia, przyczem dzień doręczenia nie wlicza się do biegu terminu. Jak więc obliczać dzień doręczenia.

W imię swego własnego interesu felczerzy winni każdą decyzję władzy, ba, każde nawet pokwitowanie z odbioru jakiejś urzędowej koperty zaopatrywać datą otrzymania. Datę otrzymania zaraz należy zaznaczyć na otrzymanej kopercie dla swojej pamięci. O tem należy uprzedzić również swych domowników. Zabezpieczywszy się w ten sposób mamy pewność, że termin 14 dniowy od dnia doręczenia nie będzie przypadkiem obliczony przez władze na naszą niekorzyść.

Odwołanie można wnieść pisemnie bezpośrednio do danej władzy, można też wnieść na pocztę lub wysłać telegraficznie.

Dzień nadania na pocztę lub telegraf uważa się za dzień wniesienia odwołania.

Jeżeli ostatni dzień terminu przypada na niedzielę lub święto, termin kończy się dopiero w następnym dniu powszednim.

Instancja odwoławcza orzeka o niedopuszczalności względnie o spóźnionym terminie wniesienia odwołania.

Z odwołaniem można połączyć prośbę o przywrócenie terminu, jeżeli strona udowodni, że opóźnienie nastąpiło bez jej winy, z powodu nieprzezwyciężonych przeszkód, oraz, o ile odwołanie wniesiono najpóźniej w ciągu 7 dni po ustaniu przeszkody. Prośbę o przywrócenie terminu rozstrzyga instancja odwoławcza.

W razie mylnego wyznaczenia terminu w zarządzeniu odwołanie wniesione w terminie wyznaczonym, chociażby po upływie właściwego terminu ustawowego, uważa się za wniesione w terminie ustawowym.

Dobiegliśmy końca przepisów o rekursie. Nie są one zbyt skomplikowane, dlatego więc każdy felczer winien je sobie przyswoić, by wiedzieć jak ma pastępować, gdy zostanie dotknięty jakim zarządzeniem władzy. Całkowitą gwarancję wszechstronnego oświetlenia daje dopiero obywatelomi III-a instancja, chociaż decyzję władzy w ostatniej instancji można jeszcze skarżyć do Najwyższego Trybunału Administracyjnego. Sprawy Trybunału jednak w tej chwili nie poruszamy, gdyż to jest rzecz więcej skomplikowana i przerasta ramy niniejszej informacji, pozatym potrzeba skargi do N. T. A. nie tak się często zjawia.

DR. MED. K. SZOKALSKI.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

(dalszy ciąg)

BÓLE W PIERSIACH.

Wiele ciężkich chorób organów jamy klatki piersiowej przebiega bez bólów. Pomimo to bóle w piersiach należą do najczęstszych skarg, z któremi chorzy zwracają się do lekarzy, gdyż wiele drugorzędnych procesów chorobowych powoduje często dość znaczne bóle; do nich należy herpes zoster, mastitis, nerwoból międzyżebrowy etc.; natomiast tworzenie się procesów jamistych w płucach przebiega prawie bez objawów. Dlatego też nawet przy bardzo nieznacznych skargach dotyczących organów piersiowych należy zwrócić szczególną uwagę na ich dokładne zbadanie.

Czasem bóle w piersiach wskazują na bardzo niebezpieczną chorobę (tętniak tętnicy głównej, dusznica bolesna, nowotwór etc.). Lecz niezależnie od tego już sama silna bolesność procesu patologicznego w sferze klatki piersiowej może powodować niebezpieczeństwo. Wskutek silnej bolesności oddech staje się powierzchownym i chory stara się powstrzymywać ataki kaszlu; z tego powodu powstaje z jednej strony zaburzenie w krążeniu krwi, a z drugiej skupienie plwociny; obydwa momenty mogą wcześniej czy później doprowadzić do bronchopneumonji, a co zatem idzie i do śmierci. Tak np. przy włośnicy nadmierna bolesność przepony brzusznej i mięśni międzyżebrowych powoduje niedostateczne odpluwanie plwociny.

Zależnie od umiejscowienia bólu rozróżniamy następujące grupy:

1) skóra;
2) mięśnie;
3) tkanka kostna;
4) gruczoły piersiowe;
5) nerwy;
6) serce i błona sercowa;
7) naczynia krwionośne;
8) tchawica i oskrzela;
9) płuca i opłucna;
10) śródpiersie;
11) przełyk.

Przy różnorodnych procesach chorobowych, zwłaszcza w stanach zapalnych organów, można wykryć na skórze, a także w mięśniach, ścięgnach, chrząstkach i kościach nadwrażliwości, t. zw. zony Head'a, powstające na skutek promieniowania bólów (przewodzenie czucia bólowego za pośrednictwem włókien współczulnych od organu chorego do rdzenia, stąd przez włókna czuciowe korzonków tylnych do skóry.

Tę nadwrażliwość skórną można łatwo ujawnić w okolicy rozmieszczenia nerwów skórnych przez ukłucia delikatne szpilką ostrą lub dotknięcie przedmiotu zimnego lub gorącego (probówka z lodem lub wodą gorącą).

Np. schorzeniom serca odpowiadają pasma Head'a od jamy nad i podobojczykowej wdół do siódmego żebra, ramię i przedramię; na plecach jama nadgrzebieniowa, wdół

do ósmego kręgu, piersiowego; odpowiada to odcinkom nerwowym od trzeciego szyjnego do ósmego grzbietowego,

W chorobach płuc stwierdzono następujące pasma Head'a: odcinek szyjny trzeci i czwarty; od jamy nad i podobojczykowej wdół do łuku żebrowego; z tyłu; jama nadgrzebieniowa, wdół do jedenastego kręgu piersiowego.

Dusznica bolesna (stenocardia, aortalgja): nadwrażliwość lewej połowy piersi, części wewnętrznej ręki lewej i wzdłuż szyi po stronie lewej.

Schorzenia opłucnej: nadwrażliwość skóry, odpowiadająca w przybliżeniu uczątskowi choremu.

Z ważniejszych punktów bólowych należy wymienić punkt bólowy przy aortalgji (R. Schmidt): punkt uciskowy na plexus w lewej jamie nadobojczykowej.

Pleuritis diaphragmatica: 1-o punkt bólowy na miejscu skrzyżowania linji parasternalnej z przedłużeniem linji dziesiątego żebra (bouton diaphragmatique); 2-o górne przestrzenie międzyżebrowe w pobliżu mostka; 3-o na miejscu przejścia n. phrenicus przez musculus scalenus między obiema główkami musculi sterno-cleidomastoidei; 4-o przestrzeń międzyżebrowa w okolicy przyczepu przepony brzusznej.

Gruźlicze schorzenia gruczołów okołopłucnych (gruczoły tchawicowo-oskrzelowe), też po ostrych schorzeniach górnych dróg oddechowych i płuc (tracheo-bronchitis, pneumonja): bolesność pięciu górnych kręgów piersiowych przy ucisku lub uderzeniu młoteczkiem (Petruschky).

Bóle piersiowe mogą zależeć od różnorodnych przyczyn. Skóra, mięśnie, nerwy i szkielet klatki piersiowej, opłucna, płuca, osierdzie i serce, rdzeń kręgowy i korzenie nerwów rdzeniowych, przepona brzuszna i organy brzuszne mogą być punktem wyjścia bólu.

Procesy umiejscawiające się wogóle na skórze nie omijają skóry klatki piersiowej; możemy więc tu obserwować różę, pryszczycę, tłuszczaki, ropnie podskórne etc.

Procesy skórne przebiegają nieraz z silnemi bólami; za przykład może służyć herpes zoster współtowarzyszący neuralgji żebrowej.

Dotarcie procesu chorobowego do skórki lub do tkanki podskórnej może zależeć od jamy gruźliczej w płucach, rostrzeni oskrzelowej, promienicy opłucnej lub płuca, ropnia opłucnej, przepukliny płucnej, raka.

Empyema necessitatis, ropień podskórny, pęknięcie ścianki jamy bronchiektatycznej, ropień przyopłucnowy (pomiędzy pleura costalis i mięśniami) wszystkie te procesy prowadzą do stanu zapalnego, a więc bolesności skóry.

Trudne do rozpoznania są nieraz ropnie podskórne zawierające gaz (beztlenowce) i występujące podskórnie naskutek przerzutu ropnicy. W razie istnienia połączenia ropnia z przednią jamą śródpiersia, stwierdzamy wówczas poza chełbotaniem i krepitacją nad guzem, przelewanie, pulsację; przy komunikacji podobnego ropnia z płucem przy kaszlu guz powiększa się; prześwietlenie promieniami Roentgena sprawę wyjaśnia.

Promienica opłucnowopłucna (występująca pięć razy rzadziej niż szyjowo-twarzowa) objawowo podobna do nieżytu chronicznego i gruźlicy płuc drąży do skóry lub nawet ją niszczy, tworząc liczne otwory przetokowe; w ropie wydzielającej się znajdują się grzybki promienicy.

Przy białaczce szpikowej chronicznej czasem występują nagle wylewy krwawe podskórne połączone z bólami piersi.

Bóle sutek występują przy kontuzji sutki wskutek gwałtownych ruchów niemowlęcia podczas karmienia. Obrzmienie sutki wskutek nadmiaru pokarmu (galactophoritis) połączone bywa z bólem i uczuciem ucisku sutki dochodzącem do utrudnienia poruszania ręką

Proces zapalny w piersiach przebiegać może w trzech etapach: pęknięcia skóry

(fissurae), zapalenie naczyń chłonnych (lymphangitis), ropnie. Wszystkie te postacie przebiegają z bólami, dwie ostatnie pozatem z gorączką.

Carcinoma mammae nie zawsze powoduje bóle, czasem mają one charakter przeszywających, promieniujących do ręki; guzki są twarde zrośnięte z otaczającą je tkanką i mało ruchome o nieregularnej budowie i mało bolesne przy dotyku.

Czasem może powodować bóle zmiana wsteczna (involutio) przedstarcza lub starcza gruczołów piersiowych.

Nieraz przy neurastenji i histerji bywają skargi na bardzo silne bóle sutek; bóle silne dają też nerwowłókniaki sutki.

Bóle sutek też muszą występować przy zaczynającej się ciąży i podczas climax.

Przy herpes zoster, półpaścu, pokrzywce ramieniowej z plamkami układającemi się wzdłuż przestrzeni międzyżebrowej występują ogólne niedomagania, dreszcze, gorączka, bóle neuralgiczne międzyżebrowe. Na każdej plamce powstają szybko pęcherzyki zawierające płyn barwy cytrynowej; pęcherzyki mogą łączyć się i tworzyć bąble; z pęcherzyków wypełnionych ropą czasem pozostają silne owrzodzenia bardzo bolesne, zabliźniające się nieraz bardzo powolnie. Chorzy doznają uczucia pieczenia, palenia (ogień św. Antoniego), wzmagającego się pod wpływem drapania, ucisku. Ból ten znika w okresie końcowym wysypywania krost; jednak u starców może trwać bardzo długo w formie bólów neuralgicznych bardzo upartych i intensywnych. W dotkniętym wysypką terytorjum istnieje zawsze stan zapalny gruczołów.

Stałemi objawami w przebiegu półpaśca są gorączka, ból głowy i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe.

Czasem herpes zoster może być, zwłaszcza gdy występuje z obydwu stron klatki piersiowej, tylko częściowym objawem wtórnego zapalenia korzonków nerwowych. Oertner opisuje przypadek półpaśca dwustronnego naskutek raka kręgu piersiowego jako przerzutu raka pierwotnego gruczołu tarczowego; herpes zoster czasem powstaje na tle procesów w śródpiersiu, tętniaka aorty, zatrucia arszenikiem, dwutlenkiem węgla.

Bóle w kościach klatki piersiowej powodować mogą: osteomyelitis acuta, periostitis luetica, neoplasmata. Bóle szczególnie silne bywają w tym wypadku, gdy ulegają podrażnieniu nerwy międzyżebrowe wskutek przejścia na nich procesu zapalnego lub mechanicznie. Np. nieraz obserwować można bóle neuralgiczne z powodu blizny kostnej po złem zrośnięciu złamanych żeber.

Znaną jest też bolesność kości przy krzywicy i niektórych formach osteomalacji, gnilcu, osteoporazie głodowej Chełmońskiego (łamliwość żeber przy ucisku), chorobach krwi etc.

Polyarthritis rheumatica rzadko umiejscawia się w klatce piersiowej, względnie najczęściej podlegają temu schorzeniu staw mostkowo-obojczykowy, następnie stawy kręgowe.

Bóle pochodzenia mięśniowego mogą występować u emfizematyków i obarczonych nieżytem oskrzelowym chronicznym; bóle u tych chorych na miejscu przyczepu przepony brzusznej lub w mięśniach międzyżebrowych też zależą tylko od silnych napadów kaszlu i połączonego z tego rodzaju wysiłkiem nadmiernego napięcia mięśni oddechowych.

Zapewne w ten sam sposób należy tłomaczyć sobie silne bóle, doznawane w okolicy serca przez chorych na tężec, przy którym mięśnie oddechowe wraz z innemi biorą udział w procesie; wskutek bardzo silnego napięcia ścianek brzusznych konieczną jest wzmożona czynność przepony brzusznej dla wywołania oddechowego jej opuszczenia.

W procesach posocznicowych i pyemicznych, przy ciężkim durze brzusznym, tężcu i innych chorobach zakaźnych następuje czasem zwyrodnienie woskowe mięśni oddechowych, połączone z uczuciem bólu przy oddychaniu.

Do liczby rzadkich schorzeń prowadzących do silnych bólów w mięśniach klatki

piersiowej należy dermatomyositis, proces mogący wywołać bardzo silne bóle we wszystkich mięśniach ciała, zwłaszcza w m. pectoralis maior i w mięśniach międzyżebrowych. Wskutek obrzmiewania i bolesności mięśni dermatomyositis często przypomina trychiinosis; rozpoznanie można postawić tylko na podstawie badania mikroskopowego kawałka mięśnia wyciętego i poprzedzających wspomniane objawy zaburzeń kiszkowych, oraz obrzęku twarzy; przy dermatomysitis stan zapalny skóry powoduje często jej zaczerwienie jak przy róży. Bóle mięśniowe bywają też jak np. wspomniany ból w okolicy m. pectoralis maior przy angina pectoris, procesach ropnych, polymyositis acuta, morhus Weilli, dnie, reumatyzmie, pleurodynji. Chorzy dotknięci tego rodzaju cierpieniam, skarżą się na bóle przy podnoszeniu rąk, kaszlu, wycieraniu nosa, połykaniu, głębokim oddechu.

Przy pleurodynji (myalgji) bóle nie zmieniają się przy przechylaniu się chorego na zdrową lub chorą stronę; przechylanie tułowia na zdrową stronę przy zapaleniu opłucnej wywołuje silniejsze bóle wskutek napięcia opłucnej; przechylanie tułowia na chorą stronę przy neuralgja intercostalis wywołuje wzmożenie bólów naskutek ucisku nerwu.

Myositis ossificans multiplex progressiva, bardzo rzadkie schorzenie spotykane najczęściej w dzieciństwie i w młodym wieku powoduje bóle mięśniowe najczęściej w mięśniach pleców, karku. W naciekach zapalnych mięśni można po pewnym czasie wymacać zgrubienia kostne; bóle zwykle wzmagają się w nocy.

Reumatyzm mięśniowy ostry i chroniczny też może powodować bóle w piersiach i plecach; reumatyzm mięśniowy ostry może czasem łączyć się z zapaleniem wsierdzia.

Nerwobóle międzyżebrowe mogą występować w wielu chorobach, j. np. przy dużych guzach uciskających klatkę piersiową (tętniaki), wszelkiego rodzaju schorzeniach żeber i przy peripleuritis.

Schorzenia kręgosłupa pochodzenia gruźliczego, kiłowego, reumatycznego (arthritis deformans) rakowatego lub mięsakowego też prowadzą do neuralgji międzyżebrowych wskutek porażenia nerwów przy ich wyjściu z kanału kręgowego.

Przy raku innych organów neuralgja międzyżebrowa jest pierwszym objawem przerzutu do kręgosłupa.

Przy krzywicy neuralgja międzyżebrowa bywa obserwowana tylko w wypadkach silnego tylnobocznego skrzywienia kręgosłupa (kyphoscoliosis).

Neuralgje międzyżebrowe częściej występują z lewej strony niż z prawej.

Dość charakterystyczne są przy neuralgji międzyżebrowej trzy punkty bólowe (punkty Valleix'a): koło kręgosłupa, na linji pachowej i koło mostka.

Nawet jednostronna silna neuralgja międzyżebrowa może zawsze nasuwać nam przypuszczenie istnienia guza pozardzeniowego, rdzeniowego lub kręgowego, chronicznego procesu oponowego lub silnego obciążenia mechanicznego przy schorzeniach sąsiednich żeber (kilaki), opłucnej (nowotwory) lub organów śródpiersia, np. tętniaków tętnicy głównej piersiowej lub nowotworów oskrzeli.

Poza procesami układu nerwowego centralnego przyczyny neuralgji międzyżebrowej, zwłaszcza dwustronnej mogą zależeć od cukrzycy, dny, zimnicy, zaparcia chronicznego, anemji, blednicy.

W wielu przypadkach istotnej dusznicy bolesnej obok typowych bólów pozamostkowych bywają bóle głównie w górnych przestrzeniach międzyżebrowych, podobne bóle międzyżebrowe wychodzące jakby z głębi, bywają też przy tętniakach aorty. Oertner uważa te bóle jako skutek zwężenia lub zaczopowania wyjścia tętnic międzyżebrowych z tętnicy głównej piersiowej.

Uczucie bolesne ściskania obręczą, pasem w łączności z zaburzeniami czucia znie-

sionym odruchem źrenicowym i zachowaniem zdolności akkomodacyjnej etc. wskazywać może na wiąd rdzenia; przy meningitis chronica, lues spinalis, nowotworach, syryngomyelji, sclerosis multiplex, neuritis luetica, poliomyelitis (bóle piersiowe łącznie z bólami kończyn) haematomyelji, myelitis acuta, zatorze lub zakrzepie naczyń rdzenia występuje też uczucie bolesne ściskania obręczą. W procesach podprzeponowych np. kamicy żółciowej zapaleniu pęcherzyka żółciowego, chorobach trzustki lub nadnerczy może wystąpić dokuczliwy ból opasujący.

Przy zapaleniu wsierdzia posocznicowem, ostrej białaczce obok żeber i kończyn dolnych częstym umiejscowieniem bólów jest mostek. Przy zmianach w szpiku kostnym powstają bóle subjektywne i objektywne, wywoływane za pomocą ucisku i uderzanie (neoplasma malignum, kilaki, ropnie zimne).

Osobliwą formę bólów piersiowych stanowią bóle w okolicy wyrostka mieczykowatego: spojenia chrząstkowe corpus sterni z processus ensiformis na tle dny lub reumatyzmu, chondvitis et perichondvitis wyrostka mieczykowatego najczęściej na tle kiłakowym. Przy podrażnieniu lub stanie zapalnym tylnych korzeni górnych i średnich segmentów grzbietowych bóle opasujące znajdują czasem główny punkt uciskowy w wyrostku mieczykowatym.

Bóle w okolicy stawu obojczykowo mostkowego i pierwszego mostkowo-żebrowego występują w reumatyzmie stawowym zwykłym i rzerzączkowym, przy tętniakach aorty, tętnicy bezimiennej i tętnicy podobojczykowej.

Dolores retrosternales bywają przy chorobach mięśnia sercowego, miażdżycy tętnicy głównej, aortitis acuta et chronica, insufficientia aortae, aneurysma aortae, miażdżycy naczyń wieńcowych, zapaleniu osierdzia ostrym lub chronicznym; bóle te przy ruchach mogą wzmagać się. Niektóre procesy mogą wywoływać bóle podobne do bólów przy angina pectoris.

Trombophlebithis venae cavae, aneurysma arteriae anonymae, stenosis lub obliteratis venae cavae superioris wywołują wyżej wspomniane bóle. Przy aneurysma arteriae anonymae chory uczuwa bóle promieniujące do prawego stawu barkowego; przy stenosis lub obliteratio venae cavae superioris rzuca się w oczy w okolicy żył głównych górnych sinica i obrzęk, rozszerzenie zewnętrznych żył piersiowych (venae thoracicae laterales) i żyły nadbrzusznej powierzchownej.

Subjektywne bóle mogą występować przy uciskaniu i uderzaniu górnej częśc mostka w przypadkach anginae pectoris, aneurysma aortae, przy gruźlicy gruczołów śródpiersia występują bóle międzyłopatkowe na poziomie czwartego do szóstego kręgów grzbietowych; analogiczne bóle bywają przy kile gruczołów śródpiersia.

Dolores retrosternales i jednocześnie często bóle w pobliżu mostka w okolicy nerwów międzyżebrowych mogą dawać też guzy śródpiersia i gruczołów śródpiersiowych (dobrotliwe i złośliwe) i ich stany zapalne (abscessus mediastini) lub przerzuty, np. ropień śródpiersia jako skutek tonsillitis purulenta, następnie mediastinitis luetica, actynomycotica, neoplasmata thymi, struma substernale, carcinoma bronchi, pleuritis mediastinalis, rzadko pericarditis (caries mostka jako przyczyna pleuritis mediastinalis lub pericarditis).

Bóle silne często przeszywające, promieniujące do rąk daje też rak gruczołów śródpiersia, rak płuc, oskrzeli.

Tracheitis chronica powoduje bóle z uczuciem rany, łaskotanie, palenie, suchość; bóle te wzmagają się przy kaszlu; gwałtowne paroksyzmy kaszlu występują w razie obecności ciała obcego w tchawicy; czasem rak drąży do tchawicy i wywołuje ból.

Chorzy na dusznicę oskrzelową nieraz skarżą się na bóle pozamostkowe podczas paroksyzmu kaszlu.

Broncholithiasis powoduje kaszel napadowy, podobny do kokluszowego połączony z dyspnoe, uczuciem rozrywania piersi, jakby poruszania się ciała obcego w górę i nadół, z krwiopluciem; ostatecznie ekspektoracja kamienia wyświetla sprawę, którą często mylnie rozpoznaje się jako gruźlicę.

Zatrucia ostre chlorem, cynkiem, t. zw. gazy trujące wywołują obok silnych bólów podpiersiowych męczącą duszność.

Bóle retrosternalne bywają też często w chorobach przełyku zwłaszcza podczas połykania pokarmów (oesophagitis, pleuritis mediastinalis, pericarditis, mediastinitis chr. etc.), przy zwężeniach przełyku czynnościowych i organicznych, przy owrzodzeniach przełyku (rak przełyku przy pozycji poziomej chorego wywołuje natężenie bólu; ból przy raku występuję często i niezależnie od przyjmowania pożywienia). Znane są ciężkie stany zapalne przełyku z silnemi bólami niezależnemi od połykania, np. oesophagitis dissecans s. exfoliatiwa, oesophagitis phlegmonosa, który może być rozlanym lub ograniczonym i może doprowadzić do powstania ropni.

Pleśniawki przełyku mogą też wywoływać bóle, tylko przy połykaniu.

Bóle przy raku mogą być odczuwane w okolicy pozamostkowej lub w okolicy wyrostka mieczykowatego, co może powodować postawienie rozpoznania mylnego co do umiejscowienia nowotworu.

Dysphagia lusoria powstaje wskutek utrudnienia połykania przy nieprawidłowem przebiegu tętnicy podobojczykowej prawej i ucisku przez nią przełyku; również z lewej strony przełyk może być uciśnięty przez arteria subelavia sinistra.

Bóle retrosternalne zwłaszcza w dolnej trzeciej części mostka mogą występować przy raku wpustu, a nawet raku żołądka przy gwałtownych ruchach, schodzeniu z gór, również przy perigastritis adhaesiva w małej krzywiźnie.

Chorzy miewający kolkę wątrobową przy cholecystitis naskutek cholelithiasis i przy kolce wątrobowej występującej przy cholangitis acuta lub kile wątroby, skarżą się na bóle pozamostkowe na prawo od mostka niezależne od ruchu (angina pectoris!); chorzy ci doznają ulgi po wyjściu gazów; cierpienie to rozpoznajemy na podstawie powiększenia wątroby, wrażliwości w okolicy incinsura hepatis (objaw Chełmońskiego dodatni) wzmożonej ilości urnbilinogenu ew. urobiliny w moczu, stanu podgorączkowego etc.

Przy ulcus duodeni mogą występować bóle jak przy colica hepatica poza mostkiem wprawo i w lewo od mostka na wysokości sutek.

Przy neuritis nervi phrenici najczęściej jako skutku pleuritis diaphragmatica, też pericarditis i peritonitis subdiaphragmatica mamy następujące punkty uciskowe bolesne: na szyi pomiędzy m. sternocleido-mastoidens i scalenus anticus, na t. zw. bouton diaphragmatique na skrzyżowaniu pomiędzy zewnętrznym brzegiem mostka i przedłużeniem dziesiątego żebra, lub ucisk wzdłuż dziewiątego i dziesiątego żebra na miejscu odpowiadającym przyczepowi przepony brzusznej, wreszcie punkty uciskowe na linji idącej od brzegów mostka w pierwszej przestrzeni międzyżebrowej.

Podobne bóle bywają przy złogach artrytycznych w stawach mostkowo-żebrowych, t. zw. tophi artritici; wówczas są jednocześnie bóle w innych stawach, objawy skórne (swędzenie, pryszczyca chroniczna etc.), zaburzenia trawienne, krwawnice, kurcze łydek, kolka nerkowa, bóle artrytyczne w stopach, w drogach nerwowych (nerw kulszowy), napady dny; chorzy tej kategorji należą do typu mięsożernych, jadają obficie i luksusowo, są obciążeni dziedzicznie.

Najczęstrzym umiejscowieniem bólów w piersiach jest opłucna. Mamy tu analogję z mózgiem, który sam przez się nie daje uczucia bólu, natomiast opona twarda jest bardzo wrażliwa.

Choroby tkanki płucnej przebiegają bez bólu, o ile nie bierze w procesie udziału

opłucna. A więc jamy znajdujące się w głębi płuca nie wywołują bólu, lecz gdy przy dalszym rozpadzie płuca zostanie uszkodzoną opłucna, zjawia się wrażliwość i bolesność przy ucisku. Na podstawie wrażliwości przy opukiwaniu można nieraz określić lokalizację jam powierzchownych.

Nawet zapalenia opłucnej ropne mogą nie wywoływać poza dyspnoe żadnych bólów ze strony organów oddechowych lub tylko nieznaczne.

Bóle pleurytyczne bywają tępe i stałe, to znów mają cechy kłócia w boku, chwilami wzmagającego się. Najsilniejsze bywają przy kaszlu, kichaniu i głębokim oddechu, jeżeli proces zapalny dotarł do błony surowiczej przepony brzusznej, (pleuritis diapraghmatica).

Jeżeli chory skarży się na ostro występujący ból w boku, najczęściej w okolicy linji pachowych lub sutka i ból ten wzmaga się przy głębokim oddechu i kaszlu, musimy różniczkować rozpoznanie pomiędzy myalgja thoracica (pleurodynia), neuralgia intercostalis i pleuritis sicca; szmer tarcia będzie przemawiać za pleuritis sicca; szmer ten może zależeć też od procesów zapalnych w jamie brzusznej (peritonitis, perihepatitis, perisplenitis), jako pierwotny proces zapalny przeponowy przeważnie pochodzenia gruźliczego, często naskutek pierwotnej choroby wątroby, śledziony lub innych organów brzusznych; zwłaszcza przy zapaleniu wsierdzia, przy niedomodze serca pochodzenia organicznego, przy endocarditis lenta nieraz stawia się błędne rozpoznanie pleuritis sicca, gdy istotnie ma się do czynienia z perisplenitis na tle infarktu śledziony.

Przy pneumonji płatów górnych bóle powstają nie na tle zapalenia opłucnej, a refleksyjnie może ból być mięśniowym, przeponowym (n. phrenicus).

Przy pneumonia centralis bóle mogą zależeć od powikłań opłucnowych lub od lymphangitis pleuralis (decyduje prześwietlenie rentgenologiczne).

W bronchopneumonji ból w piersiach bywa dość znaczny, lecz rozciągnięty, rozlany, głęboki nie wzmagający się od ucisku.

W pneumonji kłucie w boku zjawia się gwałtownie, powstaje głównie w okolicy sutki; silnemu kłuciu nieraz towarzyszą jęki chorego; kłucie znika zwykle po 48 godzinach, o ile pneumonia nie komplikuje się zapaleniem opłucnej. Nie jest nadzwyczajną rzadkością w pneumonii, a zresztą i w innych procesach opłucnowo-płucnych ostrych umiejscowienie punktu bolesnego nie w piersiach, a w jamie brzusznej; czasem ból ten symuluje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

W pleuritis sero-fibrinosa ból bywa mniej gwałtowny, mniej nagły, więcej przytłumiony, umiejscawia się zwykle u podstawy i rozciąga się na przestrzeni całej opłucnej; jeżeli zapalenie opłucnej jest suche, ból bywa dość powierzchowny i może być mylnie brany za neuralgję międzyżebrową; w pleuritis partialis umiejscowienie bólu może mieć duże znaczenie semiotyczne, jak i w pleuritis mediastinalis, interlobaris et diaphragmatica; w ostatniej odmianie zapalenia opłucnej ból bywa czasem bardzo dokuczliwy, odbija się na wyrazie twarzy kurczowym znanym pod nazwą „rire sardonique"; umiejscawia się w półpasie na przyczepach żebrowych mięśnia przepony brzusznej i łączy się zwykle z neuralgją nerwu przeponowego (n. phrenicus), którą wykrywa się w punktach bolesnych tego nerwu (punctus scalenus pomiędzy dwiema główkami przedniemi m. sterno-cleidomastoidei, wspomniany wyżej bouton diaphragmatique na wierzchołku 10-go żebra, pas mostkowo-żebrowy wzdłuż brzegu mostka); temu bólowi spowodowanemu podrażnieniem nerwu przeponowego towarzyszy unieruchomienie przepony brzusznej i całej podstawy odpowiedniej połowy klatki piersiowej (obraz charakterystyczny na ekranie lub przy uważnej inspekcji).

W pleurytach ropnych ostrych bolesność czasem bywa bardzo znaczna.

O lampie Sollux.

Wprowadziwszy przed trzema laty do swego ambulatorjum opatrunkowego lampę Sollux, czuję się w obowiązku podzielić z Sz. Kolegami wiadomościami, doświadczeniem i otrzymanemi wynikami, które opieram na paru tysiącach spostrzeżeń i zastosowań.

Jak wiadomo lampa Sollux stoi w pewnvm związku z lampą kwarcową z tą różnicą, że lampa kwarcowa ma palnik z górskiego kryształu wytwarzającego parę rtęci i daje promienie ultrafioletowe, które wywierają taki dodatni efekt przy leczeniu krzywicy, skrufułów, adenopatji, gruźlicy chirurgicznej i t. p. i nosi popularną już dziś nazwę: „sztucznego górskiego słońca.

Lampa Sollux ma o wiele skromniejsze zastosowanie od kwarcowej, mimo to jest jednak bardzo pożytecznym objektem w tych wypadkach kiedy jest potrzebne przekrwienie (hyperemia) lub przegrzanie (diatermia).

Jak powstała lampa Sollux?

Po przekonaniu się o wybitnej roli leczniczej promieniami ultrafioletowemi lampy kwarcowej, uczeni badacze zaczęli się zastanawiać, czyby inne grupy promieni słonecznych nie dały się spożytkować w lecznictwie, i jako rezultat licznych doświadczeń powstała lampa Sollux, która początkowo była używana tylko do ogólnego naświetlania całego ciała. Późniejsze badania Heusnera z Giessen i Ockena z Lipska dowiodły, że przy użyciu stożkowatego reflektora białe promienie lampy Sollux można zalecać z równie dobrym skutkiem do miejscowych naświetlań ognisk zapalnych.

Po licznych próbach w konstrukcji lampy Sollux, wprowadzono ostatecznie na rynek handlowy dwa modele: dużą o sile 2000 świec i małą o sile 600. Każdy z tych modeli może być na statywie wysokim na półtora metra lub na niskim, stołowym statywie, wiszących nie widziałem, ale przypuszczam, że są. Jak jeden tak i drugi model mają urządzony staw zawiasowy w ten sposób, że dają się zastosować do różnych wysokości, różnego kierunku i każdego dostępnego miejsca. Do lamp tych są dodawane cedzidła (filtry) trzech kolorów: błękitny, bladobłękitny i czerwony, no i ma się rozumieć jest jeszcze czwarty kolor — światła dziennego (bezfiltrowy).

Najczęściej używa się dwóch kolorów: błękitnego w wypadkach kiedy idzie o odkrwienie jakiegoś ogniska (anemizację) i czystego, bezfiltrowego, kiedy jest potrzebne przekrwienie (hyperemia) w sprawach gruczołów czyste światło wywołuje hyperlymfję. Światło błękitne stosuje się przy ranach bolesnych o prawidłowej, normalnej granulacji, zaś światło czyste

przy słabej granulacji i dużym wycieku ropnym. Czyste światło usuwa bóle więcej od filtrowanego.

Naświetlania cedzidłami (filtrami) nie mogą dać oparzenia nawet przy dość długich seansach i na bliski dystans, ponieważ jak już wyżej powiedziałem, są anemizujące, natomiast światło czyste, jak jednego tak drugiego typu siły, może dać odczyn oparzelinowy i wina w każdym takim wypadku jest po stronie stosującego naświetlanie; oparzenia te są lekkie, co prawda, ale unikać ich zawsze należy. W razie silnego zaczerwienienia skóry lub podrażnienia należy lekko posmarować zaatakowane miejsce maścią pellidolową lub zasypać pudrem mentolowym.

Odległość czystego światła przy pierwszych seansach powinna być 20 ctm. — przy następnych można dojść do 10. Naświetlanie cedzidłami (filtrami) można robić na odległość 5 ctm. Jak czystem światłem tak i filtrowanem naświetlania powinny trwać od 30 minut do jednej godziny.

Ilość naświetlań jest względna — zależnie od potrzeby i powagi wypadku. Rany silnie ropiejące po kilku seansach znakomicie się oczyszczają; wydzielina się zmniejsza i zamiast opatrunków antyseptycznych — wystarczy zwykły jałowy opatrunek.

Jeżeli podczas naświetlania rany chory okazuje pewne poruszenia — należy lampę odsunąć o kilka centymetrów lub przerwać naświetlanie.

W cierpieniach dermatologicznych zastosowania lampy Solux nie zauważyłem.

Przy odziębieniach zastarzałych np. rąk, dobrze jest stosować kilkunastominutowe naświetlania filtrem błękitnym, polecając jednocześnie spać w ciasnych rękawiczkach gumowych.

Cena lampy Sollux solidnej, niemieckiej fabryki Hanau, wynosiła przed trzema laty: mała, o sile 600 świec, 200 zł., duża, o sile 2.000 świec, około 400 zł. Dziś oba typy są prawdopodobnie o 100 procent droższe.

Ma się rozumieć, że z lampy Sollux można korzystać tylko w miejscowościach, gdzie przeprowadzony jest prąd, bowiem ustawienie specjalnego motorku spalinowego i jego obsługa nie wytrzymuje kalkulacji kosztów naświetlania. A szkoda, boć choroby różne, potrzebujące naświetlań, zdarzają się i lampa Sollux w wielu razach oddać mogłaby wielką przysługę choremu np. w przypadkach bezmoczu, wywołanego skurczem naczyń nerkowych (przy ostrem kłębuszkowem zapaleniu nerek lub bezmoczu odruchowym), kiedy to Roentgen oddaje takie usługi, wywołując moczenie, a lampa Sollux skutecznie konkuruje w tych wypadkach z Roentgenem.

Jak było dawniej, a jak byłoby dziś...

(Wspomnienia i refleksje).

W czasie mojej pracy na klinice chorób wewnętrznych prof. Lambla w szpitalu Ś-go Ducha (rok 1889 lub 1880) przybył na leczenie się młody człowiek lat około 25, jubiler, (nazwiska nie pamiętam, acz go znałem jako świetnego łyżwiarza), chory ten skarżył się na ból w prawym dole biodrowym i miał duże rozwolnienie,

Ordynatorem był wtedy Dr. Pacanowski zdolny lekarz, gastrolog późniejszy, znany w Warszawie, chory jubiler był pod opieką kuracyjną tego lekarza.

Dr. Pacanowski wówczas specjalnie interesował się chorobami żołądka i kiszek i jako taki ciągle badał jubilera, czasem dwa razy dziennie nie stawiając żadnej na schemacie djagnozy.

Chory leżał przeto dwa miesiące wogóle. Razu pewnego prof. Lambl przechodząc przez salę ze studentami i spoglądając na tabliczki nad łóżkami zauważył, że jubiler niema djagnozy zwrócił się więc do stojącego obok Dra. Pacanowskiego ze słowami: „gaspadin kolega, poczemu tut niet djagnoza?" Dr. P. cóż odpowiedział, podszedł do karty i napisał „peritypulitis" i pod tą djagnozą chory leżał do śmierci.

Dziś, po latach blisko pięćdziesięciu mam wrażenie, że Dr. Pacanowski miał rację nie spiesząc się z djagnozą, bo cóż się na sekcji okazało?

Jamę brzuszną ja otworzyłem, sekcję robił prof. Lambl i kurator, zdaje mi się Musin-Puszkin (tu muszę objaśnić, kto to był „kurator": każdy chory na klinice podlegał: profesorowi, asystentowi - ordynatorowi (w danym wypadku Doktorowi Pacanowskiemu) i studentowi, których ja kolejno z listy naznaczałem, otóż student taki nazywał się na tablicy „kurator" i jego nazwisko musiało być na tablicy napisane, to było potrzebne profesorowi, kiedy miał zamiar zrobić wykład i przeegzaminować studentów, który był „kuratorem" tego chorego. Otóż wracając do sekcji tego chorego, a właściwie zmarłego profesor Lambl z miejsca zapuścił się do kiszki, przeciął ją nożyczkami i — ku ogólnemu zdziwieniu — pokazał uwięźniętą w kiszce prawie do połowy schowaną ostrym końcem pestkę od śliwki.

Poczem objaśniwszy wypadek i wytłumaczywszy studentom, o co w danym wypadku szło, odłożył nożyczki powiedziawszy „wot, czom tot subiekt pitałsia" (czem się ten człowiek żywił) i — sekcja była skończona.

Tak się skończył wypadek tego „perityplitu"... Dziś byłoby to już niemożebne przy dzisiejszych metodach badania. dziś chory taki byłby uratowany.

Dziś, kiedy się jamę brzuszną otwiera dla djagnozy i zamyką bez komplikacji, dziś przy Rentgenie — wypadek ten byłby odrazu jasny i chory za parę godzin po przybyciu do szpitala byłby operowany, tymczasem dawniej nie kwapiono się do operacji tak jak się dziś robi i chorzy, nieraz bardzo ciężko — zdrowieją, jeśli są operowani.

Dr. Pacanowski robił co mógł i co mu nauka wskazywała i z djagnozą czekał, bo chciał mocno ją postawić — a nie mógł, bo to było blisko 50 lat temu.

Chory ten dostawał lekarstwa jakie podówczas były w użyciu, dostał maść lapisową na infiltrat (pamiętam, bo ją kładłem, na 24 godziny, a potem przez kilka dni opatrywałem maścią cynkową oparzoną skórę), a chory laksował i — laksował, bo musiał, bo Rentgena jeszcze nie było i chirurgja nie stała na takim poziomie, na jakim dziś stoi.

Chory ten leżał na klinice djagnostycznej i djagnoza była dobra, bo prof. Lambl, acz sam był neurologiem, ale djagnostykę znał świetnie, prócz tego klinika miała, prócz profesora, wspaniałego djagnostę starszego asystenta Dra. Goldflama, Dr. Pacanowski, młodszy asystent również był biegłym i zdolnym djagnostą, jak każdy asystent przy profesorze Lamblu, bowiem profesor na punkcie djagnoz był bardzo czuły i jeżeli jakiś chory leżał kilka dni a djagnoza była „sub observatione", to zaraz się zwracał do ordynatora dlaczego niema djagnozy, a gdy pewnego razu zobaczył na sali dwie djagnozy "Vitium cordis", to powiedział do ordynatora: u gaspadin kolega, vitium cordis, eto nie djagnoz — i na drugi dzień miał djagnozę jedną: stenosis ostii renosis sinistra, a drugą: insufitientia vavulac mitralis.

J. Krzymowski.
(Będzin).

Co mamy zrobić?

Wsród kolegów w naszej korporacji felczerskiej z całej Polski są wprawdzie tacy którzy, zapisani do oddziałów naszej Centrali płacą regularnie swe składki członkowskie ale też wiele jest takich którzy, jakkolwiek do oddziałów wpisani, nie rozumieją własnego interesu i składki swe członkowskie wpłacają nadzwyczaj opieszale lub też dla tych czy innych powodów nie wpłacają ich wcale; są wreszcie i takie stworzenia złożone z ciała i nierozumnej duszy, którzy nie chcą się zapisywać do oddziałów — i słusznie: poco mają oni płacić miesięczny haracz kiedy inni za nich płacą?! Przecież Związek walcząc o prawa swych członków staje w obronie felczerów wogóle a przecież i ci, niezapisani też są felczerami a więc—nie należąc do żadnych oddziałów, nie wpłacają

składek mogą sobie własną pieczeń upiec przy tem ogniu zupełnie darmo. Wprawdzie takich panów jedni nazywają pijawkami inni znów — pasożytami, mniejsza już o to, nie chodzi mi w tej chwili o tę zaszczytną dla nich nazwę jednakże co do mnie, jabym takich rzeczy płazem nie puścił. Bądź co bądź należałoby tych kolegów ukarać a wyrokiem bezapelacyjnym dałbym im karę nietyle bolesną ile przykrą, dotkliwą, męczącą — wybrałbym ich na członków Zarządu. Im większą byłaby wina, tym większy mandat musiałby przyjąć ukarany. Niechby przecierpiał.

Proszę kolegów, ja nie żartuję. Trzeba być członkiem Zarządu, trzeba odczuć, trzeba zrozumieć co się dzieje w duszy takiego wybranego członka Zarządu gdy na posiedzeniach wsłuchuje się on co z nami robią, na co my, felczerzy, w dzisiejszych czasach jesteśmy wystawieni, na co jesteśmy narażeni, trzeba mu dobrze pomyśleć jakby tu się obronić aby fałszywego kroku nie zrobić, nie narazić cały stan felczerski na szwank a bodaj na pewną zgubę. Taki przeciętny kolega śpi sobie spokojnie, niech inni za mnie myślą i ani nawet w setnej części nie zdaje sobie sprawy jakie nad nim niebezpieczeństwo wisi, jak w wielu, bardzo wielu wypadkach byt jego jest zagrożony.

Ze wszystkich zawodów jakie w Polsce istnieją, ze wszystkich bez wyjątku dziedzin pracy niema chyba gorszego zawodu od stanowiska felczera. Bo rozważmy: wszystkie te działy pracy, wszystkie fachy, wszystkie zrzeszenia poczynając od najwyższych a kończąc na najniższym szczeblu proletarjackim mają swych przedstawicieli swych obrońców i tylko zawód felczerów nietylko obrońcy lub swego przedstawiciela nie posiada ale ma przeciwko sobie postanowionego silnego bardzo silnego przeciwnika a tym jest — lekarz. A przecież cóż my zawiniliśmy? Wychodząc z założenia że ludność w Polsce zabezpieczoną w pomoc lekarską jest przez lekarzy dostatecznie rząd polski szkoły felczerskie pozamykał felczerzy są przeto niepotrzebni — i my się na to godzimy. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia poleca nam się pilnować aby wśród nas nie wkradały elementy pseudefelczerów, stosując się ściśle do tego rozporządzenia Centralny Związek Felczerów i jego oddziały śledzą za tem z niesłychaną surowością, idziemy nawet dalej jeszcze bowiem wykazujemy nazwiska ludzi podszywających się pod miano felczera. Jesteśmy w stosunku do rządu nadzwyczaj lojalni, pod względem etycznym pilnujemy się wzajemnie a wzamian za to co otrzymaliśmy i co otrzymujemy? Utworzona i zatwierdzona przez Sejm instytucja Kasy Chorych wspomina o lekarzach, dentystach, aptekarzach, wspomina o technikach dentystycznych a nawet o sanitarjuszach, o felczerach zaś milczy, wcale nawet o nich wzmianki niema. Na kolejach tam, gdzie etaty felczerskie przecież istnieją, władze naczelne na te etaty przyjmują młodych lekarzy lub

studentów tam zaś gdzie lekarza dla tych czy innych powodów przyjąć nie można, felczera przyjąć nie chcą. Nawet w prywatnej praktyce jeśli się znajdzie jakiś zdolny felczer, jeśli wyrobi sobie kawałek chleba, jakie takie dla siebie utrzymanie tam nawet stosuje się doń represje i wstręty bądź ze strony lekarzy bądź też ze strony władz administracyjnych. Do szpitali podwoje mamy zamknięte. Co my mamy robić? W czem zawiniliśmy? Całą naszą winą jest, to, że jesteśmy felczerami. Ale przecież istniała na to szkoła felczerska która nas przyjmowała, która po zdaniu egzaminów wydawała nam dyplomy felczerskie. Powiadają że w stosunku do dzisiejszych nauk lekarskich dzisiejszej wiedzy mało umiemy; a w takim razie co mówić dziś o tych lekarzach którzy kilkanaście lat temu wstecz uniwersytet kończyli? Wszak zapisywaliśmy się do szkoły felczerów bez żadnych zastrzeżeń, nie dyktowaliśmy przecież warunków, że tego lub innego przedmiotu uczyć się nie będziemy. Zapisanym uczniom wszak wkładali w głowę te nauki które same władze lekarskie ówczesne uważały za potrzebne i pod warunkiem gruntownego poznania tych nauk dawali nam dyplomy z ukończenia szkoły. Co my jesteśmy winni, że jeden z pośród po dziś dzień żyjących naszych profesorów pan doktór Bronisław Sawicki który do ostatniego przecież roku zamknięcia szkoły chirurgję nam wykładał w dość obszernym, według naszych pojęć, zakresie i chociaż z jednej strony podczas egzaminów był dla nas surowym, był niesłychanie wymagającym to wszystko jednak nie przeszkadzało, że prof. Sawicki, nazywał nas publicznie przeżytkami, pisał że jesteśmy niepotrzebni że jesteśmy nawet szkodliwi a my — my nic na to odpowiedzieć nie mogliśmy, przez to nieprzychylnie zajęte względem nas stanowisko utrudnił nam bardzo pracę przy zorganizowaniu się wogóle. Cokolwiekbądź się stało, cokolwiekbądź się stanie, fakt pozostanie faktem i prof. Sawicki jako taki przejdzie u nas do historji.

Dziś każdy z nas felczerów, wstępując wówczas do szkoły, gdyby na jedną chwilę przeczuwał jaki los na starość spotka go to z pewnością omijałby tę instytucję jak zarazę.

Za starzy już jesteśmy na to abyśmy swój zawód porzucili i uczyć się zaczęli innnego zajęcia. A jednak żyć i jeść musimy i niedość że żyć i jeść musimy sami; ale potworzyliśmy rodziny, które też jeść pragną. A przecież wszystkim dobrze wiadomo, że głód jest złym doradcą.

Co mamy robić? Niech nad tem zastanowią się ci, którzy o naszym losie decydują. Tylko zastrzec się musimy że kraść i rabować nie będziemy bo podobno zato się idzie do więzienia. A tak chciałoby się uczciwie pracować!

Nowa ustawa o Kasach Chorych.

Ministerstwo Pracy wygotowało nowy projekt ustawy o Kasach Chorych. Mają to być Kasy Ubezpieczeń Społecznych, do kompetencji których, prócz ubezpieczenia chorobowego ma wejść ubezpieczenie robotników fizycznych na wypadek niezdolności do pracy i ich rodzin na wypadek śmierci.

Autorowie projektu nie wzięli pod uwagę doświadczenia, jakie płynie z istnienia 7-letniego Kas Chorych. Istniejące wady Kas Chorych w nowym projekcie są rozwinięte i utrwalone. Indywidualność cierpiącego człowieka jest w projekcie brutalnie podeptana i oddana na łup niezliczonych ogniw biurokratycznego mechanizmu kasowego. Gigantyczny pomysł leczenia wszystkich najmitów przez lekarzy — urzędników, mimo całej swej nierealności, osiągnął w tym projekcie całkowity triumf.

Krótko mówiąc dotychczasowy ambulatoryjny system leczenia w Kasach Chorych, wprowadzony prawem kaduka, gdyż obecnie obowiązująca ustawa go nie przewiduje, ma być sankcjonowany nową ustawą. Górnej granicy dla ubezpieczonych nie ma. Każdy pracownik, nawet lepiej uposażony musi należeć do Kasy Chorych, choćby z niej nie korzystał, jak to się obecnie dzieje. Rzesze pacjentów korzystających z wolnej pomocy lekarskiej mają zniknąć.

A stosunek nowej ustawy do felczerów? Ten sam bez zmiany. Nowa ustawa nic o nich nie mówi.

Wprawdzie milczenie ustawy o Kasach Chorych nie przesądza kwestji istnienia felczerów w Kasach Chorych, ale organizatorzy kasowi złośliwie tę rzecz komentują w ten sposób, że skoro o felczerach ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby nic nie mówi, to i felczerów w Kasach Chorych nie trzeba zatrudniać. Rozumując tą drogą, należałoby dojść do przekonania, że np. buchalterów Kasa Chorych również nie powinna zatrudniać, gdyż ustawa nic o nich nie mówi, skądinąd zaś wiemy, że tak nie jest. Wyraz właściwemu stanowisku w tej sprawie dał Okręgowy Urząd Ubezpieczeń w swym okólniku z roku zeszłego, w którym polecał wprost zatrudnianie felczerów w Kasach Chorych. Okólnik był wywołany potrzebą dania ubezpieczonym prawdziwej opieki w zakresie pomocniczego personelu lekarskiego. Młode instytucje ubezpieczeń chorobowych weszły bowiem na niebezpieczną drogę oszczędzania na zdrowiu ubezpieczonych, angażując na stanowiska pomocniczego personelu lekarskiego, miast felczerów, osoby niefachowe, niekompetentne, analfabetów w dziedzinie medycyny, a nawet angażując analfabetów zupełnych

Jednakże okólnik Urzędu Ubezpieczeń nie wiele pomógł. Schowany został przez władze Kas Chorych pod sukno. I dlatego, my dziś w obliczu przygotowującej się nowej ustawy żądamy

ustawowego zagwarantowania felczerom etatów w przyszłych Kasach Ubezpieczeń Społecznych.

Żądanie to podyktowane jest troską o ubezpieczonych. Pracownik umysłowy czy robotnik fizyczny nie może pozwolić, by zabiegi pomocnicze w Kasach Chorych wykonywały osoby niekompetentne.

Sądzimy, że organizacje zawodowe klasy pracującej poprą we własnym interesie nasze stanowisko.

RUCH ZWIĄZKOWY.

Zarząd Główny zwraca uwagę Kolegom na swe poczynania z zakresu obrony zawodowej, samopomocy i pracy społecznej. Celem skutecznej walki z partaczami Zarząd Główny wydał w tym roku **Pierwszy tymczasowy spis felczerów.** Spis ten rozesłany został do aptek i ma być naszym puklerzem wobec podszywających się pod miano felczera partaczy.

Spis ten każdy felczer winien nabyć. W przyszłym roku **wydamy drugi spis,** który będzie uzupełniony całym szeregiem kolegów, którzy niezdążyli się wpisać do tego spisu. Z zakresu samopomocy gospodarczej Zarząd Główny pragnie usłyszeć opinję szerokich sfer Kolegów co do zasad ewentualnie mogącego powstać **funduszu wdów i sierot.** Przypominamy również, że, wychodząc z założenia, iż jesteśmy również cząstką społeczeństwa **Oddziały ufundowały na ostatnim Zjeździe stypendjum im Szybiłły, drugi z kolei,** którego Zarząd Główny jest wykonawcą i dlatego prosi o zgłaszanie kandydatów. Pierwszeństwo mają dzieci felczerów. Przypominamy też, iż **lista ofiar na samolot sanitarny jest nadal otwarta** i miło nam zakomunikować, **iż Kol. Czech z Oddziału Lubelskiego** złożył na ten cel zł. 7.

Ci zaś koledzy, którzy sami od nas potrzebują pomocy **zechcą zgłaszać swoje kandydatury na posady do Wydz. pośrednictwa pracy przy Związku,** jak również prosimy wszystkich kolegów o zgłaszanie wolnych posad do Warszawy, Złota 30.

Regulujcie zaległości za prenumeratę gdyż wysyłkę pisma wstrzymamy.

WPŁACAJCIE PRENUMERATĘ

na kwartał III 1927 rok.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.